

< 日本フットケア・足病医学会 後援名義申請書 >

申込日： 年 月 日

事業の名称				
事業の目的 及び 内容の概略				
主催者				
期日・期間				
実施場所				
対象者				
連絡先	会社・団体名			
	所属部署			
	所在地			
	TEL		FAX	
	E-mail			
その他				

郵送、FAX いずれでも差し支えありませんが、イベント等の開催日の一ヶ月前までにご提出ください。この期限を過ぎて提出されたものについては、原則として名義後援はいたしません。

< 申請書提出先 >

日本フットケア学・足病医会事務局宛  
〒169-0072 東京都新宿区大久保2丁目4番12 新宿ラムダックスビル9F (株)春恒社内  
TEL 03-5291-6231 FAX 03-5291-2176